WTW* НАПРАВЛЕНИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ

Completed by Welfare to We	ork Case Manager (WTW	'CM) We	elfare to Work Office No:	WTWCM	No:
(Заполняется работниками отдела WTW)					
Participant Name:		Social Se	curity Number:	CalWORKs Case #:	
			1		
Address: (Street, City, Zip)		Mailing Address, if different:			
Telephone number:		Birthdate: Citizen: Yes () No () IF NO,			
	M () F ()	Legal right to work in U.S.:Yes () No ()			
Additional Comments:					
I CERTIFY THAT THE ABOVE DATA HAS BEEN VERIFIED/DOCUMENTED BY AN EMPLOYEE OF THE COUNTY					
WELFARE DEPARTMENT. THE DEPARTMENT CERTIFIES THAT THIS INDIVIDUAL HAS PROVIDED					
DOCUMENTATION THAT HE/SHE IS LEGALLY ENTITLED TO WORK IN THE U.S.					
DOCCIVIE! VITATION THEY SHE IS ELECTRED TO WORK IN THE C.S.					
Welfare to Work Case Manager Signature:					
Telephone Number:			Date:		
Я РАЗРЕШАЮ ОБМЕН COOTBETCTBУЮЩЕЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ПРОГРАММ WTW/CALWORKS** МЕЖДУ					
, АГЕНТСТВАМИ ШТАТА ИЛИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРАВИТЕЛЬСТВА ИЛИ					
ИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ДЛЯ НАБЛЮДЕНИЯ, СЛУШАНИЙ, И/ИЛИ В ЦЕЛЯХ ПРОВЕРКИ.					
Подпись участника программы WTW Дата					
			подпись уча	тника программы w i v	у дата
TEMP 2120 (RS) (8/00) RECOMMENDED		*WT **Ca	W = Программа для перехода о alWORKs = Программа возможности т	г социального обеспечения к работе рудоустройства и ответственности перед де	тьми в Калифорнии